

прояснять ситуацию, когда приводимые в отдельных статьях и справочниках значения процента связывания отличаются в несколько раз, а также обобщает важные характеристики молекулярного строения, демонстрируя различия между сходными по спектру противомикробной активности препаратами (например, между цефтриаксоном и цефотаксимом).

Литература:

1. Human serum albumin: from bench to bedside / G. Fanali [et al.] // Molecular aspects of medicine. – 2012. – Vol. 33. – № 3. – P. 209–290.
2. Sleep, D. Albumin and its application in drug delivery / D. Sleep // Expert opinion on drug delivery. – 2015. – Vol. 12. – № 5. – P. 793–812.
3. Zhivkova, Z. D. Studies on drug-human serum albumin binding: the current state of the matter / Z. D. Zhivkova // Current pharmaceutical design. – 2015. – Vol. 21, № 14. – P. 1817–1830.
4. Colmenarejo, G. In silico prediction of drug-binding strengths to human serum albumin / G. Colmenarejo // Medicinal research reviews. – 2003. – Vol. 23, № 3. – P. 275–301.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Катина М.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Частота встречаемости псориаза у детей составляет 0,5% - 2% [1, 2, 3]. По распространенности среди хронических дерматозов у детей псориаз занимает второе место после атопического дерматита. Каждый год в среднем у 20,000 детей младше 10 лет устанавливается диагноз псориаз. В последние годы сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости псориазом среди детей [2]. Цель исследования: выявить особенности клинического течения псориаза у детей и подростков.

Материал и методы исследования: обследованы 20 детей с псориазом в период с апреля по ноябрь 2017 года, обратившихся за дерматологической помощью в УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии». Тяжесть зуда определялась по шкале VAS, тяжесть псориаза с помощью индекса PASI.

Результаты и обсуждение. В группу исследования включены дети в возрасте от 3 до 16 лет ($m=10,3\pm 4,14$). Из них: 12 девочек (60%), 8 мальчиков (40%). Возрастную группу 3-5 лет составили 3 (15%) пациента, 6-8 лет - 5 (40%), 9-11 лет - 2 (10%), 12-16 лет - 10 (50%). 50% детей указывали на положительный семейный анамнез: из них у 70% - псориазом страдают родственники первой линии и у 30% - родственники второй линии, у 1 пациентки - псориазом страдают оба родителя. Наибольшую группу составили дети с длительностью заболевания до года: 11 (55%) детей. Среди

триггерных факторов на перенесенную респираторную инфекцию (фарингит, гайморит, тонзиллит) в сочетании с приемом антибиотиков перед появлением псориатических высыпаний указали - 5 (25%) пациентов, на фактор переохлаждения – 1 (5%) пациент, одна девочка с положительным семейным анамнезом указала на одновременное начало псориаза и менструаций, 2 (10%) детей указали на стресс. 6 (30%) детей ни с чем не связывали начало заболевания. Среди пациентов с бляшечным псориазом вульгарный составил 45%, экссудативный - 30% (табл.1). У 2 (10%) девочек с псориазом бляшки характеризовались незначительной инфильтрацией и скудным шелушением. Псориаз волосистой части головы у 7 (35%) пациентов был первичной локализацией патологического процесса.

Таблица1. Клинические формы псориаза

<i>Клиническая форма</i>	<i>Число пациентов (n, %)</i>
Псориаз волосистой части головы	17 (85%)
Бляшечный псориаз	15 (75%)
Каплевидный псориаз	4 (20%)
Интретригинозный псориаз	9 (45%)
Поражение аногенитальной области	7 (35%)
Псориатическая ониходистрофия	2 (10%)
Фолликулярный псориаз	1 (5%)

Сочетанное поражение складок и аногенитальной области выявлено у 6 (30%) детей. Поражение данных анатомических областей встречалось, как у пациентов с легкой, так и с тяжелой степенью тяжести заболевания. Поражение паховых складок отмечалось – у 7 (35%), подмышечных – у 8 (40%), пупочной области – у 7 (35%) детей. У одной девочки с фототипом IV отмечены фолликулярные папулы на коже туловища. У 8 (40%) детей отмечалось поражение лица, из них у 4 (20%) - поражение век и бровей, у 12 (60%) - ушных раковин и заушных областей. Псориатическая ониходистрофия представлена онихолизисом, масляным пятном в области пальцев кистей и стоп – у одного пациента с экссудативным псориазом и подногтевым гиперкератозом 6 ногтевых пластинок на кистях у девочки с вульгарным псориазом. При этом у последней поражение ногтевых пластинок началось за 2,5 года до появления высыпаний на коже.

На зуд жаловались 17 (85%) детей, оценка тяжести зуда проводилась по системе VAS, который в данной группе пациентов составил $4,5 \pm 1,6$, что соответствует легкой степени. Частота ОРВИ в год составила: 1-2 раза в год - у 14 (70%) детей, 3-4 раза в год - у 3 (15%). Более 4 раз в год - у 4 (20%) детей, у троих из них установлен каплевидный псориаз. Индекс PASI в обследуемой группе составил $12,05 \pm 9,3$, при этом псориаз легкой степени тяжести зарегистрирован у 13 (65%) детей, средней степени – у 6 (30%), и тяжелой степени – у 1 (5%) пациента. Индекс массы тела согласно возраста ребенка составил $17,17 \pm 3,3$, из них: 14 (70%) детей с нормальными показателями, 3 (15%) - с дефицитом массы тела; 2 (10%) - с предожирением,

1 (5%) - ожирением 2 степени. Не выявлено коррелятивной связи между индексом массы тела и тяжестью псориаза (PASI) ($p < 0,05$). Не выявлено коррелятивной связи между тяжестью псориаза и частотой ОРВИ в течение года и наличием хронической ЛОР патологией в обследованной группе пациентов ($p < 0,05$). Возраст начала заболевания не оказывает влияния на тяжесть заболевания ($p < 0,01$). Отмечены достоверные различия тяжести псориаза в группах с положительным и отрицательным семейным анамнезом (PASI группе пациентов с положительным семейным анамнезом – $13,1 \pm 10,9$, с отрицательным – $10,1 \pm 7,7$, $p > 0,01$).

Выводы.

1. Наибольшую возрастную группу составили дети от 12 до 16 лет (50%), что соответствует периоду полового созревания; у девочек заболевание регистрировалось чаще (1,5:1).

2. 50% детей указывали на положительный семейный анамнез (родственники первой и второй линии), что согласуется с данными литературы.

3. Выявлено частое вовлечение у детей и подростков кожи лица (40%), ушных раковин и заушных областей (60%) аногенитальной области (35%) и складок (45%).

4. Выявлено частое сочетанное поражение аногенитальной и интретригинозных зон (30% детей).

5. Отмечена невысокая частота сопутствующей хронической патологии ЛОР-органов (20% детей); инфекционный фактор выступал в виде триггера только у 25% пациентов. 6. Наиболее часто встречаемая клиническая форма у детей и подростков - бляшечный псориаз (75%).

6. Группу пациентов с каплевидным псориазом составили 20% детей: из них 75% - после перенесенной респираторной инфекции и с частотой ОРВИ 3-4 раза в год, что подтверждает взаимосвязь между каплевидным псориазом и инфекционным триггерным фактором.

7. Псориаз волосистой части головы установлен у 17 (85%) детей, у 35% из них – с первичной локализацией кожного процесса.

8. У 2 детей выявлены признаки псориатической ониходистрофии без корреляции с тяжестью кожного процесса.

9. Зуд являлся частым симптомом (85%), но соответствовал легкой степени тяжести по шкале VAS ($4,5 \pm 1,6$).

10. Повышение индекса массы тела выявлено только у 15% обследованных детей.

11. Наибольшую группу составили дети с легкой степенью тяжести псориаза (65%); не выявлено коррелятивной связи между тяжестью псориаза и индексом массы тела ($p < 0,05$), не выявлено коррелятивной связи между тяжестью псориаза и частотой ОРВИ в течение года/ наличием хронической ЛОР патологией в обследованной группе пациентов и длительностью заболевания, отмечено более тяжелое клиническое течение псориаза при положительном семейном анамнезе ($p > 0,01$).

12. Полученные результаты об особенностях течения псориаза у детей и подростков соответствуют международным наблюдениям, однако требуется большее количество пациентов для более статически значимой сопоставимости изученных данных.

Литература:

1. Incidence of psoriasis in children: a population-based study / M. M. Tollefson [et al.] // Am Acad Dermatol. – 2010. – Vol. 62, N 6. – P. 979–987.
2. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities / I. M. G. J. Bronckers¹ [et al.] // Pediatr Drugs. – 2015. – Vol. 17. – P. 373–384.
3. Psoriasis in children: a retrospective analysis JEADV / C. Stefanaki [et al.]. – 2011. – Vol. 25. – P. 417–421.

ЦИФРОВАЯ ВИДЕОМИКРОСКОПИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕРУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

Козин В.М.,¹ Саларев В.В.,² Козина Ю.В.¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»²

Актуальность. Цифровая видеомикроскопия (микроскопия стержня) – это дерматоскопия волосистой части головы, оценка состояния кожи волосистой части головы, роста волос [1]. Данный метод является современной, неинвазивной, удобной в практическом использовании диагностической манипуляцией, позволяющей своевременно провести дифференциальную диагностику различных видов нерубцовых алопеций, а том числе андрогенной алопеции и гнездовой алопеции. При цифровой микроскопии у пациентов можно оценить активность роста волос, провести анализ перифолликулярных знаков в поле зрения и наличие характерных признаков: присутствие желтых точек, черных точек, волос в виде «восклицательных знаков», обломанных волос, веллуса [1,2].

Цель исследования: оценка корреляции тяжести течения нерубцовых алопеций на волосистой части головы с результатами анамнеза заболеваний и данными лабораторно-инструментальных исследований.

Материал и методы исследования. На базе амбулаторно-поликлинического отделения УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» за период времени с 2015 по 2017 гг. обследовано 315 больных с разными формами алопеции (243 женщины и 72 мужчины) в возрасте от 4 до 68 лет. Количество детей и подростков до 18 лет включительно составило 28 (8,9%) пациента. С помощью дерматоскопа Haine 20 Delta, цифрового видеомикроскопа Levenhuk DTX 30 (увеличение от 20 до